

DECLARAÇÃO DE DESLOCAÇÃO OBRIGATÓRIA

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Cartão de Cidadão: _____

Para os devidos efeitos declaro a necessidade de deslocação ao **Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra – Área da Transplantação**, sito na Rua Escola Inês de Castro – S. Martinho do Bispo – 3040-226 Coimbra, a fim de efetuar:

- Análises Clínicas no âmbito do Programa Nacional de Transplantação
- Acompanhar um Doente
- Testes de Compatibilidade como Dador de Medula Óssea de Painel

Coimbra, ____/____/____

Assinatura: _____